

ANMELDUNG

PFLEGEHEIMPLATZ



☐ BALDMÖGLICHSTE AUFNAHME

☐ VORSORGLICHE ANMELDUNG

NAME, VORNAME

GEBURTSNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

(MIT LANDKREIS UND STAAT)

NATIONALITÄT

KONFESSION

STRASSE

HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL

STADT

PFLEGEGRAD

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

SEIT

☐ PFLEGEGRAD BEANTRAGT

☐ HÖHERSTUFUNG BEANTRAGT

FAMILIENSTAND

☐ LEDIG

☐ VERHEIRATET

☐ VERWITTWET

☐ GESCHIEDEN

SEIT

ZULETZT AUSGEÜBTER

BERUF

NAME DES

EHEGATTEN

GEBURTSDATUM

NAME VON ANGEHÖRIGEN/ BEZUGSPERSONEN	ANSCHRIFT	TELEFON	VERWANDSCHAFTSGRAD

BEMERKUNG ZUM GESUNDHEITSZUSTAND



PATIENTENVERFÜGUNG

☐ JA

☐ NEIN

HAUSARZT

ANSCHRIFT

TELEFONNUMMER

HAUSARZT-MODELL

☐ JA

☐ NEIN

NAME DER
KRANKENKASSE

VERSICHERUNGSNR.

BEZAHLUNG DER HEIMKOSTEN

☐ ICH BEZAHLE DIE HEIMKOSTEN AUS EIGENEN MITTELN
(EINSCHLIESSLICH DER LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE)

☐ ICH BEANTRAGE SOZIALHILFE

VOLLMACHT BETREUUNG (BITTE IM ORIGINAL BEIFÜGEN)

☐ ICH HABE EINE GENERALVOLLMACHT ERTEILT AN

(NAME, VORNAME)

☐ FÜR MICH IST EINE BETREUUNG EINGERICHTET

(NAME, VORNAME)

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

EIN ÄRZTLICHES ZEUGNIS IST BESTANDTEIL DER ANMELDUNG.

WIR BITTEN ES MÖGLICHST GLEICHZEITIG MIT DER ANMELDUNG EINZUREICHEN

☐ EIN ÄRZTLICHES ZEUGNIS LIEGT BEI

☐ EIN ÄRZTLICHES ZEUGNIS WIRD NACHGEREICHT

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

GEGEBENENFALLS UNTERSCHRIFT EINES ANGEHÖRIGEN/

BEVOLLMÄCHTIGTE(R) / GESETZLICHE(R) BETREUER(IN)

BITTE RÜCKANTWORT

AN

IHRE ANGABEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT UND UNTERLIEGEN DEN VORSCHRIFTEN DES
BUNDESDATENSCHUTZGESETZES ÜBER DEN DATENSCHUTZ.